

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.Н. Антонов, А.И. Черепанин, М.С. Синеокая

Московский государственный медицинский университет Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

TREATMENT OF ULCER GASTRODUODENAL BLEEDINGS: CURRENT STATE OF THE
PROBLEM (A LITERATURE REVIEW)

O.N. Antonov, A.I. Cherepanin, M.S. Sineokaya

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the RF Healthcare Ministry, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений остается одной из важнейших в ургентной хирургии. Кровотечение является наиболее тяжелым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и наблюдается у 15–20% пациентов с этой патологией. В целом вопросы тактики лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в настоящее время разработаны недостаточно, доступные методы эндоскопического гемостаза не отвечают в полной мере требованиям безопасности, эффективности и надежности, в связи с чем сохраняются высокие показатели общей и послеоперационной летальности как в нашей стране, так и во всем мире.

Ключевые слова:

язвенные гастродуоденальные кровотечения, рецидив язвенного кровотечения, эндоскопический гемостаз.

ABSTRACT

The problem of ulcer gastro-duodenal bleeding therapy is one of the most essential in urgent surgery. The bleeding is the most serious complication of peptic ulcer disease. It is observed in 15–20% cases when patients have peptic ulcer diagnosis determined. In general the issues of bleeding therapy in gastroduodenal sphere are surveyed imperfectly. Some patulous endoscopic hemostasis methods don't fully meet safety and confidence requirements that preserves high level of general and post-operational lethality in our country and in the rest of the world.

Keywords:

ulcer gastroduodenal bleeding, backset of ulcer bleeding, endoscopic hemostasis.

ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ОАР — операционно-анестезиологический риск
РК — рецидив кровотечения

ЭГ — эндоскопический гемостаз
ЯГДК — язвенное гастродуоденальное кровотечение
Hр — *Helicobacter pylori*

Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) остается актуальной и одной из наиболее сложных проблем современной хирургической гастроэнтерологии [1]. По данным крупных популяционных исследований, ежегодно кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) возникают у 50–170 человек на 100 000 населения [2–5]. Причем доля ЯГДК в структуре всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ за последние годы увеличилась с 20 до 50% [4–8]. По данным доклада главного хирурга г. Москвы А.С. Ермолова, за 5 лет с 2000 по 2005 гг. в стационары города госпитализированы 17077 больных с ЯГДК. Кровотечение как непосредственная причина смерти занимает первое место в структуре смертности от язвенной болезни [9]. Летальность при ЯГДК остается стабильно высокой, несмотря на внедрение мощных антисекреторных препаратов, эндоскопических и эндоваскулярных

методов гемостаза, многочисленных вариантов органосохраняющих вмешательств, составляя в среднем 12–20% в г. Москве [2, 5, 9] и колеблется от 5,6 до 32,8% по стране в целом [1, 6, 10]. Высокий уровень летальности во многом определяется значительной долей пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [1, 11, 12], тяжелой степенью кровопотери при поступлении и высоким операционно-анестезиологическим риском (ОАР).

Отсутствие единой лечебно-диагностической концепции в отношении пациентов с ЯГДК определяет остроту современного состояния проблемы желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Выбор тактики должен определяться объективными факторами: состоянием больного и эндоскопической картиной, степенью и длительностью кровопотери, локализацией и характеристикой источника кровотечения

[5, 13, 14]. Тактика лечения ЯГДК должна включать в себя эндоскопический гемостаз с целью остановки и профилактики рецидивов кровотечения, интенсивную терапию, направленную на стабилизацию состояния пациента, коррекцию метаболических и гемодинамических показателей, снижение ОАР, а также дифференцированную хирургическую тактику в зависимости от риска рецидива кровотечения (РК) [2, 15, 16].

По наблюдениям большинства авторов, наибольший риск РК (до 94,1%) отмечается в течение первых 2–4 сут с момента первичной остановки кровотечения [4, 12, 17]. По другим наблюдениям, данный рецидив можно ожидать с 1-х по 7-е сут после поступления [18]. В течение первых 3–4 сут основной задачей становится контроль за состоянием источника кровотечения, предотвращение РК и стабилизация состояния пациента, снижение ОАР.

Вне зависимости от метода первичного гемостаза частота РК составляет в среднем 10–30% и зависит от множества факторов [4, 8, 12]. Прогнозирование РК считается основой построения лечебной тактики и позволяет снизить летальность в группе пациентов с ЯГДК.

Среди факторов, влияющих на риск РК и прогноз у пациентов с ЯГДК, рассматривают возраст, наличие сопутствующих заболеваний, клинические признаки массивного кровотечения, размер язвы более 2 см, ее локализацию и факт развития ЖКК в стационаре [4, 17, 19, 20]. Ряд авторов считают фактором риска РК возраст пациентов старше 60 лет [1, 20], другие авторы не расценивают возраст как достоверный фактор риска РК [4] и считают эндоскопические вмешательства методом выбора при лечении пациентов пожилого и старческого возраста. Большинство авторов согласны с тем, что в условиях геморрагического шока риск раннего РК повышается [21, 22]. Неблагоприятным прогностическим фактором предложено считать коллапс перед поступлением в стационар, а также уровень гемоглобина крови ниже 50 г/л [14, 22].

Все большее внимание при выявлении признаков угрозы РК и определении прогноза ЯГДК уделяется эндоскопической картине [2, 8, 11, 22, 23]. Расположение язвы в опасной сосудистой зоне, т.е. в проекции перфорантных сосудов на передней и задней стенках желудка в 2–4 см от малой и большой кривизны считается прогностически неблагоприятным признаком [1, 24]. Другой прогностически неблагоприятной локализацией является задняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки, особенно при больших размерах язвы [4, 25]. К наиболее значимым эндоскопическим характеристикам продолжающегося или состоявшегося ЯГДК относятся активное артериальное или диффузное кровотечение, видимый сосуд, свежий или старый кровяной сгусток или тромб [26, 27].

Большое значение для выработки тактики имеет классификация *Forrest J.A.K.* 1974 г. [28]. Риск РК многие авторы связывают непосредственно с данной характеристикой: F1A — 42–86%; F1B — 42–50%; F1C — 6–42%. При чистом дне язвы во время эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) вероятность РК составляет менее 5% [23]. При наличии фиксированного сгустка крови, устойчивого к отмыванию, риск повторного кровотечения равен 20–25% [11]. Удаление сгустка и эндоскопическая обработка источника кровотечения позволяет снизить риск РК с 24,7 до 8,2% [5]. Если после удаления сгустка в дне язвы выявлен хорошо видимый

сосуд, вероятность повторного кровотечения возрастает до 40%.

В отечественной литературе традиционно часто используются комплексные понятия устойчивого и неустойчивого гемостаза, удобные для определения хирургической тактики. Под устойчивым гемостазом подразумевают: отсутствие свежей крови в желудке и двенадцатиперстной кишке; наличие плотно фиксированного тромба белого цвета, отсутствие видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения. Неустойчивым считается гемостаз при наличии в дне источника кровотечения тромбированных, пульсирующих сосудов, тромбов красного или коричневого цвета; рыхлого сгустка красного цвета, наличие старой или свежей крови в желудке или двенадцатиперстной кишке, а также выявление при эндоскопии черного дна язвы; каллезной язвы больших размеров с глубоким дном; язвы, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом; подозрение на малигнизацию язвы [29].

Спорным фактором риска РК остается наличие инфицированности *Helicobacter pylori*. В ряде исследований показано, что эрадикация *Hp* снижает риск рецидива ЖКК в отдаленном периоде, однако на частоту РК в раннем периоде после успешного эндоскопического гемостаза не влияет [4, 10].

Математическая обработка объективных параметров привнесла определенную стройность в процесс прогнозирования риска РК. В международной клинической практике используется несколько шкал для оценки риска РК и вероятности смертельного исхода [30]. Для определения риска РК после успешного эндоскопического гемостаза и показаний к раннему оперативному вмешательству группой исследователей из США (*Baylor Group*) была предложена шкала *Baylor*, учитывающая возраст, число и тяжесть сопутствующих заболеваний, локализацию и характеристики кровоточащего язвенного дефекта. Клиническая шкала *Blatchford* была создана для первичной сортировки пациентов на этапе госпитализации, с выявлением пациентов, нуждающихся в повышенном внимании. Наибольшее распространение в международных исследованиях получила балльная шкала *Rockall*. 0–2 балла по шкале *Rockall* позволяют отнести пациента в группу низкого риска. В этой группе практически отсутствует вероятность РК и смертельного исхода, что дает возможность наблюдать этих пациентов амбулаторно. 8 и более баллов — группа пациентов крайне высокого риска смертельного исхода [29].

Очевидно, что у пациентов с высоким ОАР и малой вероятностью РК тактика должна быть максимально консервативной, включая эндоскопические вмешательства и комплексную интенсивную гемостатическую и корригирующую терапию. При высоком РК и низком ОАР следует отдавать предпочтение активной хирургической тактике [31]. В группе же пациентов с высоким ОАР и сохраняющейся угрозой РК лечебная тактика остается предметом изучения, и именно в этой группе возможно добиться значительного улучшения результатов лечения.

Сегодня активно развивается фармакотерапия язвенной болезни, в том числе при ЯГДК. Она включает в себя попытки применения октреотида, соматостатина, вазопрессина, секретина, антагонистов гистаминовых рецепторов, ингибиторов протонной помпы, антифибринолитиков и простагландинов. Мнения различных исследователей относительно эффектив-

ности фармакотерапии варьируют, однако единственной группой препаратов, чья эффективность доказана статистически, являются ингибиторы протонной помпы. Их применение достоверно снижает частоту РК и необходимость оперативного лечения по сравнению с H_2 -гистаминовыми блокаторами и плацебо [25]. Применение ингибиторов протонной помпы позволяет в течение суток поддерживать уровень pH желудка выше 6, что дает возможность сформироваться стабильному тромбу [32]. Применение антисекреторных препаратов следует рассматривать в комплексном лечении ЯГДК как дополнение к эндоскопическим методикам.

Ангиографические методы гемостаза в нашей стране доступны лишь в немногих специализированных центрах и редко применяются у пациентов с ЯГДК. Их применение может быть оправдано при массивном продолжающемся кровотечении, когда эндоскопическая терапия безуспешна или недоступна, а риск оперативного лечения чрезмерно высок. Внутриварикальное селективное введение вазопрессина, приводящее к сокращению гладкомышечных элементов и к вазоспазму, по данным разных исследований приводит к остановке ЯГДК в 20–80% наблюдений [11]. Достаточно эффективно останавливает кровотечение избирательная окклюзия кровоточащего сосуда эмболизирующими веществами. Однако после проведения гемостаза нередко возникают повторные кровотечения, а применение методики может осложниться развитием ишемии, инфаркта, перфорации и формированием абсцессов, как в органе мишени, так и в других органах [11]. Описанные методики требуют соответствующего опыта, дорогостоящей аппаратуры и поэтому зачастую не применимы в условиях ургентной хирургии [4].

Несмотря на то что в большинстве наблюдений ЯГДК останавливаются самостоятельно, в 5–10% случаев наблюдается массивное кровотечение, не поддающееся консервативному лечению [33]. Хирургическое лечение в экстренном порядке необходимо пациентам, у которых эндоскопический гемостаз (ЭГ) оказывается неэффективным, и у пациентов с массивным кровотечением, которым не удается выполнить эндоскопию по каким-либо причинам [2, 5]. Многие хирурги рассматривают РК в стационаре как абсолютное показание к экстренной операции [2, 5, 7, 30]. Однако есть данные, показывающие, что при РК после ЭГ повторное эндоскопическое лечение не менее эффективно, чем экстренное хирургическое вмешательство и даже сопровождается меньшим числом осложнений и меньшей летальностью [12]. Проведенные экспериментальные исследования [2, 34] показали, что рецидив ЯГДК резко усугубляет нарушения местного и системного кровообращения, приводя как минимум к их суб- или даже декомпенсации. Эти факты подтверждены и в клинике [2]. Эпизод состоявшегося кровотечения, как правило, ведет к глубоким нарушениям общего и регионального кровотока в желудке и двенадцатиперстной кишке, которые способны в последующем серьезно увеличивать процент послеоперационных осложнений: несостоятельности швов культи и анастомозов, анастомозитов [2]. Предпринимаемые в условиях РК в связи с неэффективностью консервативного лечения хирургические методы остановки кровотечения, чаще так называемые «операции отчаяния», сопровождаются крайне высокой (30–75%) летальностью [2, 15, 23,

35] и приводят к развитию тех или иных осложнений у 55–62% пациентов [2]. Риск оперативного вмешательства в таких случаях конкурирует с риском смерти от кровопотери [36]. В связи с этим определение показаний к экстренному оперативному вмешательству требует тщательного взвешивания возможностей всех доступных методов гемостаза [1].

При определении объема операции большинство зарубежных клиник отдают предпочтение малым вмешательствам, таким как прошивание, иссечение кровоточащей язвы, прошивание желудочно-двенадцатиперстной артерии и правой желудочно-сальниковой артерии на протяжении в зоне изъязвления [12, 35]. Показания к резекции желудка также значительно сужены [9]. Единичные сторонники выполнения этой операции подчеркивают значительную частоту рецидивов ЯГДК после прошивания кровоточащего сосуда, достигающую 20% [1].

Ключевыми факторами в выборе хирургической тактики лечения пациентов с ЯГДК являются адекватная оценка ОАР и точный прогноз РК. Важным вопросом остается определение показаний и выбор объема экстренных и срочных операций [35].

С развитием методик ЭГ потребность в экстренном хирургическом вмешательстве снизилась до 5–10% [25]. Первичный ЭГ считается основой лечения пациентов с ЯГДК, а операция по возможности производится в течение суток после остановки кровотечения [1, 21]. С конца 80-х годов во всем мире ЭГ стал золотым стандартом остановки ЯГДК [37]. Многочисленные отдельные исследования и метаанализы доказали, что эндоскопические вмешательства уменьшают риск РК и необходимость в хирургическом лечении. Большинство исследователей указывают на достоверное снижение летальности [5, 12, 33].

Рецидив кровотечения после ЭГ возникает в 4–30% случаев [18, 38]. В связи с этим целесообразно выполнение повторной эндоскопии через 24 ч после первичной в группе пациентов с высоким риском РК [4]. По данным крупных метаанализов, программированные контрольные эндоскопические вмешательства достоверно снижают риск РК, при этом существенно не влияя на необходимость экстренных операций и риск смертельных исходов [4]. Доказана эффективность повторных программированных эндоскопий для остановки рецидивов ЯГДК после первичного ЭГ [4, 21]. Представляется целесообразным проведение программированных контрольных эндоскопий в группе повышенного риска РК. В отличие от принятой активно-выжидательной методики, данный подход позволяет предотвратить РК, уменьшить необходимость оперативных вмешательств и снизить частоту смертельных исходов [12].

Сторонники активной хирургической тактики считают, что эндоскопические вмешательства остаются лишь способом временной остановки ЯГДК, признавая, что ЭГ позволяет выиграть время для стабилизации состояния пациента, коррекции метаболических нарушений, что улучшает результаты хирургического вмешательства, выполненного в срочном порядке [2, 15].

В 2009 г. многопрофильная группа экспертов из 15 стран Европы скорректировала и расширила версию рекомендаций 2003 г. по ведению больных с острыми неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [39]. В основу обновленных рекомендаций легли

следующие положения: необходимость ранней эндоскопии (в первые 24 ч после обращения пациента), что может значительно улучшить отдельные результаты лечения среди пациентов высокого риска (количество перелитой крови, длительность госпитализации). Предпочтение необходимо отдавать комбинированным методам ЭГ (введение адреналина с целью достижения местной вазоконстрикции и улучшения визуализации кровотока с последующим термическим воздействием). Весьма перспективным представляется эндоскопическое клипирование источника кровотечения. Патологическим основанием лечения являются данные о том, что соляная кислота желудка препятствует формированию тромбов, способствует разделению тромбоцитов и фибринолизу. Достижение pH желудочного сока, равного 6 и выше, с поддержанием этого уровня способствует стабильности тромбов и снижению вероятности РК. Следует рассматривать возможность применения кислорода и переливания плазмы крови и эритроцитов при наличии тахикардии, гипотонии или снижении уровня гемоглобина в крови ниже 70 г/л, по показаниям также необходимо проводить коррекцию коагулопатии. Важное значение имеет восстановление объема циркулирующей крови и гемодинамическая стабильность, достигаемые путем введения кристаллоидных растворов через крупные венозные сосуды. Принятие

решения о проведении оперативного лечения пациента ЯГДК должно основываться на оценке показаний (угроза рецидива) и противопоказаний (значение ОАР) к неотложной операции. Следует избегать проведения экстренных операций, в том числе «операций отчаяния» [39].

Таким образом, наиболее важным направлением в улучшении результатов лечения ЯГДК является совершенствование методов неоперативного гемостаза, прогнозирования риска РК и точного определения показаний к операции. По данным литературы, ни один из методов ЭГ не превосходит другие по эффективности [4, 12]. Описанные в литературе методы эндоскопического лечения пациентов с ЯГДК, показания к их применению и возможные осложнения, дополнительные сравнительные исследования для определения эффективности различных методов ЭГ требуют отдельного изучения. На основании данных литературы можно сделать вывод о преимуществе термических способов ЭГ и комбинированного ЭГ с использованием в терапии инъекционных форм ингибиторов протонной помпы (пантопразола и омепразола). Тактика лечения должна также включать в себя интенсивную терапию, направленную на стабилизацию состояния пациента, коррекцию метаболических и гемодинамических показателей и снижение ОАР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернокозов А.И., Рамишвили В.Ш., Котаев А.Ю. и др. Тактика хирургического лечения больных с пептическими язвами, осложненными кровотечениями // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 11–18.
2. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. – М.: Курсив, 2001. – 166 с.
3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43–49.
4. Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G., et al. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, N. 22. – P. 3597–3601.
5. Аммар Х.А. Выбор тактики хирурга при кровотечениях из острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2001. – 152 с.
6. Зайцев М.Г. Хирургическое лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в сочетании с противорецидивной терапией: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 125 с.
7. Adamsen S., Bendix J., Kallehave F., et al. Clinical practice and evidence in endoscopic treatment of bleeding peptic gastroduodenal ulcer // Scand J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42, N. 3. – P. 318–323.
8. van Leerdam M.E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding // Bes. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 22, N. 2. – P. 209–224.
9. Ермолов А.С. Состояние экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 2001–2005 гг. и в 2005 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 6. – С. 49–66.
10. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 44–47.
11. Larssen L., Moger T., Bjambeth B.A., et al. Transcatheter arterial embolization in the management of bleeding duodenal ulcers: A 5.5 year retrospective study of treatment and outcome // Scand. J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 43, N. 2. – P. 217–222.
12. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage // Br Med. Bull. – 2007. – Vol. 83. – P. 307–324.
13. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Вербицкий В.Г. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 32–35.
14. Тимен Л.Я., Шерцингер А.Г., Андреев А.В. и др. Эндоскопический гемостаз у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и высокой степенью операционного риска // Медицинская консультация. – 1998. – № 3. – С. 22–31.
15. Луцевич Э.В., Сахартинов В.Д. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 43–45.
16. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. и др. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 4–7.
17. Шерцингер А.Г., Тимен Л.Я., Боур А.В. Эндоскопический гемостаз в экстренной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 61.
18. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C., et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding // Scand. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 40, N. 8. – P. 914–920.
19. Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М. и др. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 18–23.
20. Winiarski M., Biesiada Z., Rembiasz K., et al. Incidence and risk factors of rebleeding from gastric and duodenal ulcers // Przegl Lek. – 2003. – Vol. 60, Suppl. 7. – P. 7–12.
21. Winkeltau G.J., Art J., Truong S.N., et al. Endoscopic emergency therapy and early elective operation of at risk bleeding types in gastroduodenal ulcer hemorrhage prospective study // Zentralbl. Chir. – 1995. – Vol. 120, N. 2. – P. 110–115.
22. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
23. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учеб. пособие. – М.: РМАПО, 2000. – 48 с.
24. Первов Е.А., Агаджанян В.В., Заикин С.И. и др. Эндоскопический мониторинг при хирургическом лечении кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 6. – С. 25–30.
25. Adler D.G., Leighton J.A., Davila R.E., et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage // Gastroint. Endosc. – 2004. – Vol. 60. – P. 497–504.
26. Подшивалов В.Ю. Эндоскопия кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2006. – № 4. – С. 33–38.
27. Kwan V., Norton I.D. Endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage // ANZ J. Surg. – 2007. – Vol. 77, N. 4. – P. 222–30.
28. Fuster F., Pigue J.M., Teres J., et al. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer // Endoscopy. – 1987. – Vol. 19, N. 1. – P. 11–13.
29. Enns R.A., Gagnon Y.M., Barkun A.N., et al. Validation of the Rockall scoring system for outcomes from non-variceal upper gastrointestinal bleeding in a Canadian setting. World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, N 48. – P. 7779–7785.

30. Гузев А.И., Прилуцких Ю.А. Опыт лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями // Вестник новгородского государственного университета. – 2000. – № 14. – С. 14–16.
31. Войташевская Н.В. Эзофагогастроуденоскопия в комплексном лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 160 с.
32. Sung J.J., Tsoi K.K., Lai L.H., et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis // Gut. – 2007. – Vol. 56, N. 10. – P 1364–1372.
33. Freeman M.L. New and old methods for endoscopic control of non-variceal upper gastrointestinal bleeding // Rev. Gastroenterol. Mex. – 2003. – Vol. 68, Suppl. 3. – P. 62–65.
34. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия, как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 52–57.
35. Маргулов Б.А., Маликов Ю.Р., Амонов Г.М. Летальность при гастродуоденальных кровотечениях // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 44–49.
36. Шапкин Ю.Г., Капранов С.В., Беликов А.В. и др. Оптимизация эндохирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве на основании определения параметров микроциркуляции // Анналы хирургии. – 2007. – № 1. – С. 33–36.
37. Enestvedt B.K., Gralnek I.M., Mattek N., et al. An evaluation of endoscope indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a larg multicenter consortium // Gastrointest. Endosc. – 2008. – Vol. 67, N. 3. – P. 422–429.
38. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Холматов Л.М. и др. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 24–27.
39. Barkun A., Bardou M., Marshall J., et al. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Ann. Intern. Med. – 2003. – Vol. 139, N. 10. – P. 843–857.
1. Chernookov A.I., Ramishvili V.Sh., Kotaev A.Yu., et al. Taktika khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s pepticheskimi yazvami, oslozhnennymi krvotocheniem [Surgical treatment of patients with peptic ulcers, bleeding complications]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2007; 1: 11–18. (In Russian).
2. Zatevakhin I.I., Shchegolev A.A., Titkov B.E. *Novye tekhnologii v lechenii yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotocheniy* [New technologies in the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding]. Moscow: Kursiv Publ., 2001. 166 p. (In Russian).
3. Pansyrev Yu.M., Mikhalev A.I., Fedorov E.D. Khirurgicheskoe lechenie probodnykh i krvotochashchikh gastroduodenal'nykh yazv [Surgical treatment of perforated and bleeding gastroduodenal ulcers]. *Khirurgiya*. 2003; 3: 43–49. (In Russian).
4. Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G., et al. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients. *World J Gastroenterol*. 2006; 12 (22): 3597–3601.
6. Ammar Kh.A. *Vybor taktiki khirurgii pri krvotocheniyakh iz ostrykh erozivno-yazvennykh porazheniy zheludka i dvenadtsatipernoy kishki: dis. ... kand. med. nauk.* [Choice of tactics surgeon for bleeding from the acute erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum. Cand. med. sci. diss.] Saint-Petersburg, 2001. 152 p. (In Russian).
5. Zaytsev M.G. *Khirurgicheskoe lechenie yazvennykh zheludochno-kishechnykh krvotocheniy v sochetanii s protivoretseptivnoy terapiyey: dis. ... kand. med. nauk.* [Surgical treatment of ulcerative gastrointestinal bleeding in combination with anti-relapse therapy. Cand. med. sci. diss.] Saint-Petersburg, 2003. 125 p. (In Russian).
7. Adamsen S., Bendix J., Kallehave F., et al. Clinical practice and evidence in endoscopic treatment of bleeding peptic gastroduodenal ulcer. *Scand J Gastroenterol*. 2007; 42 (3): 318–323.
8. van Leerdam M.E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008; 22 (2): 209–224.
9. Ermolov A.S. *Sostoyanie ekstremnoy khirurgicheskoy pomoshchi pri ostrykh zabolevaniyakh organov bryushnoy polosti v Moskve za 2001–2005 gg. i v 2005 g.* [State of emergency surgery for acute abdominal disease in Moscow in 2001–2005 and 2005]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2006; 6: 49–66. (In Russian).
10. Tveritneva L.F., Ermolov A.S., Uteshev N.S., Mironov A.V. *Lechenie gastroduodenal'nykh yazvennykh krvotocheniy v usloviyakh mnogoprofil'nogo statsionara neotlozhnoy pomoshchi* [Treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in a multi-profile emergency hospital]. *Khirurgiya*. 2003; 12: 44–47. (In Russian).
11. Larssen L., Moger T., Bjambeth B.A., et al. Transcatheter arterial embolization in the management of bleeding duodenal ulcers: A 5.5 year retrospective study of treatment and outcome. *Scand J Gastroenterol*. 2008; 43 (2): 217–222.
12. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br Med Bull*. 2007; 83: 307–324.
13. Stoyko Yu.M., Bagnenko S.F., Kurygin A.A., Verbitskiy V.G. *Yazvennye zheludochno-kishechnye krvotocheniya* [Ulcerative gastrointestinal bleedings]. *Khirurgiya*. 2002; 8: 32–35 (In Russian).
14. Timen L.Ya., Shertsinger A.G., Andreev A.V., et al. Endoskopicheskiy gemostaz u bol'nykh s yazvennymi gastroduodenal'nymi krvotocheniyami i vysokoy stepen'yu operatsionnogo riska [Endoscopic hemostasis in patients with ulcerous gastroduodenal bleeding and a high degree of operational risk]. *Meditinskaya konsul'tatsiya*. 1998; 3: 22–31. (In Russian).
15. Lutsevich E.V., Sakhardinov V.D. *Sochetannyye operatsii pri gastroduodenal'nykh yazvakh* [Co-operation with gastroduodenal ulcers]. *Khirurgiya*. 1997; 1: 43–45. (In Russian).
16. Stanulis A.I., Kuzev R.E., Gol'dberg A.P., et al. *Khirurgicheskoe lechenie gastroduodenal'nykh krvotocheniy yazvennoy etiologii* [Surgical treatment of gastroduodenal bleeding ulcer etiology]. *Khirurgiya*. 2001; 3: 4–7. (In Russian).
17. Shertsinger A.G., Timen L.Ya., Bour A.V. *Endoskopicheskiy gemostaz v ekstremnoy khirurgii* [Endoscopic hemostasis in emergency surgery]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 1998; 1: 61. (In Russian).
18. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C., et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand. J. Gastroenterol*. 2005; 40 (8): 914–920.
19. Shevchenko Yu.L., Korznikova A.A., Stoyko Yu.M., et al. *Differentsirovannoe lechenie yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotocheniy* [Differentiated treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Khirurgiya*. 2006; 11: 18–23. (In Russian).
20. Winiarski M., Biesiada Z., Rembiasz K., et al. Incidence and risk factors of rebleeding from gastric and duodenal ulcers. *Przegl Lek*. 2003; 60 Suppl. 7: 7–12.
21. Winkeltau G.J., Art J., Truong S.N., et al. Endoscopic emergency therapy and early elective operation of at risk bleeding types in gastroduodenal ulcer hemorrhage—a prospective study. *Zentralbl Chir*. 1995; 120 (2): 110–115.
22. Petrov V.P., Eryukhin I.A., Shemyakin I.S. *Krvotoceniya pri zabolevaniyakh pishchevaritel'nogo trakta* [Bleeding in diseases of the digestive tract]. Moscow: Meditsina Publ., 1987. 256 p. (In Russian).
23. Sotnikov V.N., Dubinskaya T.K., Razzhivina A.A. *Endoskopicheskaya diagnostika i endoskopicheskie metody lecheniya krvotocheniy iz verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta* [Endoscopic diagnosis and endoscopic techniques for the treatment of bleeding from the upper gastrointestinal tract]. Moscow: RMAPO Publ., 2000. 48 p. (In Russian).
24. Pervov E.A., Agadzhanian V.V., Zaikin S.I., et al. Endoskopicheskiy monitoring pri khirurgicheskoy lechenii krvotochashchikh yazv zheludka i dvenadtsatipernoy kishki [Endoscopic monitoring in the surgical treatment of bleeding ulcers of the stomach and duodenum]. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2007; 6: 25–30. (In Russian).
25. Adler D.G., Leighton J.A., Davila R.E., et al. ASGE guideline: The role of endoscopy in acute non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroint Endosc*. 2004; 60: 497–504.
26. Podshivalov V.Yu. *Endoskopiya krvotochashchikh gastroduodenal'nykh yazv* [Endoscopy bleeding gastroduodenal ulcers]. *Khirurgiya*. 2006; 4: 33–38. (In Russian).
27. Kwan V., Norton I.D. Endoscopic management of non-varicad upper gastrointestinal haemorrhage. *ANZ J Surg*. 2007; 77 (4): 222–230.
28. Fuster F., Piguet J.M., Teres J., et al. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. *Endoscopy*. 1987; 19 (1): 11–13.
29. Enns R.A., Gagnon Y.M., Barkun A.N., et al. Validation of the Rockall scoring system for outcomes from non-variceal upper gastrointestinal bleeding in a Canadian setting. *World J Gastroenterol*. 2006; 12 (48): 7779–7785.
30. Guzev A.I., Prilutskikh Yu.A. *Opyt lecheniya bol'nykh s yazvennymi zheludochno-kishechnymi krvotocheniyami* [Experience of treatment of patients with ulcerative gastrointestinal bleeding]. *Vestnik novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2000; 14: 14–16. (In Russian).
31. Voytashevskaya N.V. *Ezofagogastroduodenoskopiya v kompleksnom lechenii bol'nykh s yazvennymi gastroduodenal'nymi krvotocheniyami: dis. ... kand. med. nauk.* [Esophagogastroduodenoscopy in the complex treatment of patients with ulcerous gastroduodenal bleedings. Cand. med. sci. diss.] Moscow, 2005. 160 p. (In Russian).

32. Sung J.J., Tsoi K.K., Lai L.H., et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Gut*. 2007; 56 (10): 1364–1372.
33. Freeman M.L. New and old methods for endoscopic control of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68 Suppl. 3: 62–65.
34. Gostishchev V.K., Evseev M.A. Antisekretornaya terapiya kak sostavnaya chast' gemostaza pri ostrykh gastroduodenal'nykh yazvennykh krvotecheniyakh [Antisecretory therapy is part of hemostasis in acute gastroduodenal ulcer bleeding]. *Khirurgiya*. 2005; 8: 52–57. (In Russian).
35. Margupov B.A., Malikov Yu.R., Amonov G.M. Letal'nost' pri gastroduodenal'nykh krvotecheniyakh [Lethality at gastroduodenal bleeding]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2007; 1: 44–49. (In Russian).
36. Shapkin Yu.G., Kapralov S.V., Belikov A.V., et al. Optimizatsiya endokhirurgicheskoy taktiki pri krvotochashchey gastroduodenal'noy yazve na osnovanii opredeleniya parametrov mikrotsirkulyatsii [Optimization of endosurgical tactics for bleeding gastroduodenal ulcers on the basis of determining the parameters of microcirculation]. *Annaly khirurgii*. 2007; 1: 33–36. (In Russian).
37. Enestvedt B.K., Gralnek I.M., Mattek N., et al. An evaluation of endoscope indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium. *Gastrointest Endosc*. 2008; 67(3): 422–429.
38. Khadzhibaev A.M., Malikov Yu.R., Kholmatov L.M., et al. Rol' endoskopii v diagnostike i lechenii gastroduodenal'nykh krvotecheniy [The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of gastroduodenal bleedings]. *Khirurgiya*. 2005; 4: 24–27. (In Russian).
39. Barkun A., Bardou M., Marshall J., et al. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med*. 2003; 139 (10): 843–857.

Поступила 29.04.2013

Контактная информация:

Антонов Олег Николаевич,

к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии № 1

лечебного факультета Первого МГМУ

им. И.М. Сеченова МЗ РФ

e-mail: oantonov78@mail.ru